



理赔申请书

NO. _____

请注意 ● 该理赔单仅适用于医疗报销(员工、子女、配偶)、住院补贴、托费申请。其他类型的理赔申请请联系贵司相关负责人或拨打4001962002进行咨询。
● 如涉及员工、子女、配偶各自的报销费用及子女托费，均需分开填写多张理赔申请书。
● 如您企业已开通在线理赔功能的，可使用手机扫描右上方二维码进行在线理赔申报。

STEP
1

理赔
所需
资料

请勾选
申请类型:

- 医疗费用 (医疗收据(原件)、医疗费清单、门急诊病历、各项检查化验报告的复印件)
 住院补贴 (医疗收据(原件)、出院小结、住院明细清单的复印件)
 生育 (医疗收据(原件)、相关检查化验项目清单、孕检记录和封面复印件(或孕妇大卡病史和封面复印件))
 托费 (正规教育部门开具的托费收据原件，如第一次申请，请提供子女出生证明复印件)

* 慢性病 (高血压、冠心病、糖尿病、慢性肝炎、肾炎等) 第一次申请理赔时，需提供详细的疾病诊断依据及近期相关的检查报告。

STEP
2

员工信息

员工姓名											联系电话		
证件号码													
公司名称											电子邮箱		

STEP
3

理赔信息

费用发生人类别 本人 子女 姓名 _____ 配偶 姓名 _____

发生日期	发票张数	主要病情 / 诊断说明 / 申请事由	发票金额

提交发票总数 _____ 发票总金额 _____

- 发票金额不等于赔付金额，赔付以公司福利约定和审核结果进行给付。
- 如行数不够可以再填写一张申请书。

STEP
4

声明:

上述各项填报内容及申请人提供的一切资料，均应完全属实。如虚假或隐瞒实情，保险公司有权拒付保险金，告知任职公司，并依法追究欺诈者的刑事责任、行政责任、民事责任。

申请人签名: _____ 申请日期: _____

以下为外服审核栏

初审意见	审核意见	复审意见	核赔意见
<input type="checkbox"/> 暂缓 资料不符退回 _____ 张收据 原因	<input type="checkbox"/> 全部理赔 <input type="checkbox"/> 部分理赔 <input type="checkbox"/> 不予理赔 <input type="checkbox"/> 暂缓理赔	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 不同意	核赔金额合计
		原因	
受理金额 ¥ _____	合计		¥ _____
受理人/日期:	审核人/日期:	复核人/日期:	核赔人/日期: